

DLT-P-25-71-6123

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. (आवेदन क्रमांक) E/0925/0198 APPLICATION DATE (आवेदन दिनांक) 10/9/25

NAME of APPLICANT (आवेदनकर्ता का नाम) MAST YUG TRIPATHI AGE-YEARS (वय-वर्ष) 03 YEARS SEX (लिंग) MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME (पिता/पत्नी का नाम) AMIT (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

EKAUNI, PRAE BARELI, U.P. - 229206

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)

OCCUPATION (व्यवसाय) FARMER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय) 4,80,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) (आप आय करदाता हैं? (जो विकल्प जो लागू हो सही को चिह्नित करें)) Yes / No (हां / नहीं)

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. (क्र. सं.)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वय (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदनकर्ता के साथ संबंध)
1	POOJA DEVI	26	FEMALE	MOTHER
2	AMIT TIWARI	32	MALE	FATHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (सहायता के लिए किसी आधार)

BPL Card (Attach Card Copy) (सौकीन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें))	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें))	Ration Card (Attach Copy) (रसद कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें))	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई प्रमाण)
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (सहायता हेतु निवेदन करने का उद्देश्य)

Sr. No. (क्र. सं.)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)
1	DIAGNOSIS - RT LUNG ADENOCARCINOMA
2	TREATMENT - RFA

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (एक उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?)

NO

Sr. No. (क्र. सं.)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED (जो प्राप्त सहायता राशि)
	NA	



30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Yug triptahi- E/0925/0198

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Yug triptahi	Address/ Phone:	Ekauni, Rae bareilly, U.P. - 229206	
MR N		DEL-P-25-01-6123	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	18/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director, Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Dr. SIMA DAS
Director,
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL
5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India
Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax - 011-43528816
E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR ● SAHARANPUR ● MEERUT ● LAKHIMPUR KHERI ● VRINDAVAN ● KAROL BAGH (DELHI) ● MODI NAGAR ● RANIKHET